

放射線障害防止教育訓練講習申込書

西暦 年 月 日

(公社) 日本アイソトープ協会 御中

下記のとおり講習の実施を申し込みます。

事業所名		
所在地	〒	
	Tel :	
申込責任者	所属	
	氏名	Ⓜ
事務担当者	所属	
	氏名	
	Tel :	
	Mail :	
講習料請求先	Ⓜ	
支払責任者		
実施日	第1希望	第2希望
	年 月 日 () : ~ :	年 月 日 () : ~ :
講義内容	課目	講義時間
	1. 放射線の人体に与える影響	___ 分
	2. 放射性同位元素等又は放射線発生装置の安全取扱い	___ 分
	3. 放射線障害の防止に関する法令	___ 分
	4. その他 (希望の講義科目を記入)	___ 分
	(イ)	___ 分
	(ロ)	___ 分
	(ハ)	___ 分
講習会場		
受講者数	新規教育 名	再教育 名
<講義内容の参考のため、使用方法・使用核種(機器)などをお知らせください>		